1922 Lane Medical Library

Medizinische Fakultät der Universität Erlangen.

Unterkieferresektionen wegen maligner Tumoren an der Chirurgischen Klinik zu Erlangen vom Jahre 1902—1919*)

von

Alfred Hofmann aus Frauenwald i. Thüringen.

Die Arbeit gibt zuerst einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Unterkieferresektionen. Obwohl Resektionen schon in den ältesten Zeiten gemacht worden sind, so ist die Resektion aus der Continuität mit mehr oder weniger großer Unterbrechung des Kieferknochens eine neuere Operationsmethode und fällt in die 1. Hälfte des 18. Jahrhunderts. Die eigentliche systematische Unterkieferresektion ist jedoch noch jüngeren Datums. (Anfang des 19. Jahrhunderts.) Es ist vor allem das Verdienst Palms und v. Gräfes, die diese Operationen zuerst zur Beseitigung von Geschwülsten des Kieferastes anwandten. (1820 und 1821.) Die erste totale Exstirpation der Mandibula wird sowohl Dupuytren (1821) wie Signorini (1843) zugeschrieben.

Im weiteren wird dann auf die gebräuchlichsten Resektionsmethoden, wie sie zur Beseitigung von malignen Tumoren zur Anwendung kommen, näher eingegangen.

Im Übrigen bietet die Arbeit einen genauen Überblick über 23 Fälle von Unterkieferresektionen, die an der Chirurgischen Klinik in Erlangen in der Zeit von 1902 bis 1919 zur Operation gelangt sind. Die zu Grunde liegenden Krankheitsursachen waren. 19 mal das Karzinom und 4 mal das Sarkom. Die Entwicklung der Tumoren war in allen Fällen eine primäre. Sie ging beim Karzinom in 5 Fällen von der Wangenschleimhaut, in 6 Fällen von der Unterlippe, in 4 Fällen vom Kieferknochen bezw. dessen Periost und in 1 Falle von Drüsen aus. Beim Sarkom war es in allen 4 Fällen der Kiefer selbst. Mikroskopisch-anatomisch erwiesen sich die meisten Karzinome

*) Auszug aus der Inaugural-Dissertation 1922.

als Plattenepithelkrebs und nur in 1 Falle als Adeno-Karzinom. Bei den Sarkomen handelte es sich um 2 Riesenzellensarkome, 1 großzelliges Rundzellensarkom und um 1 malignes Lymphosarkom. Bei den Karzinomen konnte eine Krankheitsdauer von 4 Wochen bis zu $1^1/_2$ Jahren und bei den Sarkomen eine solche von $^1/_2$ Jahr bis zu 1 Jahr festgestellt werden. Sämtliche Fälle gaben schon vor der Operation keine günstige Prognose, weil der Krankheitsprozeß schon sehr weit fortgeschritten war. Aus diesem Grunde konnten auch die vorgenommenen Operationen, die in 10 Fällen in der partiellen Resektion aus der Continuität, in 12 Fällen in der halbseitigen Exartikulation des Unterkiefers und in 1 Falle in der totalen Exstirpation der Mandibula bestanden, keine besonders günstigen Resultate zeitigen.

So starben bereits an den Folgen der Operation 6 Patienten, was einer Mortalität von 26,1 % entspricht. An Todesursachen waren hierbei 4 mal Schluckpneumonie und 2 mal Herzschwäche festzustellen. An Rezidiven starben 13 Fälle, oder 56,5 %. Das Rezidiv stellte sich hier schon wenige Wochen bis zu 4 oder 5 Monaten nach der Operation wieder ein. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug bei diesen Patienten nur 10,6 Monate. An sogenannten Dauerheilungen konnten bei Zugrundelegen einer Rezidivfreiheit von 3 Jahren nur 4 erreicht werden, was einem Prozentsatz von 17,4 % entspricht. Die betreffenden Patienten sind alle bereits an anderen Krankheiten, wie Herz- und Altersschwäche und Schlaganfall, gestorben. Von einem Rezidiv konnte bis dahin nichts bemerkt werden. Die rezidivfreie Zeit betrug im Durchschnitt $4^1/_2$ Jahre. Ausserdem ist unter diesen Dauerheilungen noch ein Fall mitenthalten, wo der Tod an einem Rezidiv erst nach 8 Jahren erfolgte.

Zum Schlusse wird noch darauf hingewiesen, daß derartige Krankheiten möglichst frühzeitig zur Operation gelangen müssen, um bessere Resultate erzielen zu können. Längere Krankheitsdauer und größere Ausbreitung, besonders das Uebergreifen des Prozesses auf die regionären Lymphdrüsen, bieten stets geringe Aussichten auf Erfolg.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei E. Th. Jacob G. m. b. H., Erlangen.